Buiza (J. G.)

ÚLCERAS Y SU TRATAMIENTO

POR LOS INGERTOS EPIDÉRMICOS.

TÉSIS INAUGURAL

POR

JOSE G. BUIZA

ALUMNO

DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

DE MÉXICO.

MEXICO.

IMPRENTA DEL GOBIERNO, EN PALACIO,

Á CARGO DE JOSÉ M. SANDOVAL.

1873.

ÚLCERAS Y SU TRATAMIENTO

POR LOS INGERTOS EPIDÉRMICOS.

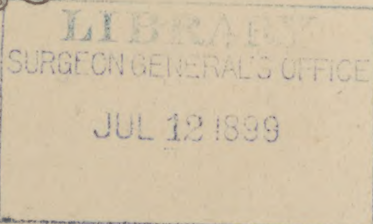
TÉSIS INAUGURAL

POR

José G. Buiza,

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA
DE MÉXICO.





MEXICO.
IMPRENTA DEL GOBIERNO, EN PALACIO,
Á CARGO DE JOSE MARIA SANDOVAL.

1873.

A LA MEMORIA DE MIS PADRES.

HOMENAJE DE AMOR FILIAL.



A LA ESCUELA DE MEDICINA,

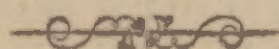
GRATITUD.

CUALQUIER punto que hubiera escogido para asunto de mi tésis, tendria que verlo rodeado de escollos, que mi imaginacion poco fecunda difícilmente hubiera vencido; mas si he dedicado algun tiempo á estudiar con afan la aplicacion del ingerto epidérmico en caso de úlcera, ha sido solamente porque al deseo de presentar un estudio cuya perfecta y conveniente aplicacion sea útil á la humanidad, reuna el adquirir por su medio la indulgencia de mis maestros; indulgencia que es tan necesaria para mí, pues es nada ménos la que me ha de abrir las puertas de un soñado porvenir.

Al leer las primeras líneas de mi trabajo, podrá creerse que trato en él extensamente de todas las doctrinas que hombres eminentes han consignado en las obras clásicas de cirujía; que me ocupo en detallar minuciosamente todo aquello que forma la historia de las distintas variedades de úlceras y presentar una monografía completa de ellas; pero no, señores, trato solamente de aquella clase de úlceras que la mano vigorosa del cirujano puede hacer desaparecer completamente, privando al enfermo de un estado que le ha producido tantos sufrimientos.

He creido prudente hacer, aunque de una manera ligera, la descripcion de la variedad de úlceras en que es aplicable el ingerto, y no ocuparme, por ser inútil y cansado, de las otras cuyo tratamiento general logra hacer desaparecer.

Este es mi propósito; si no lo realizo, quizá dependa de mi capacidad, mas de ninguna manera de mis deseos.



DAR una corta definicion de una úlcera es sumamente difícil, tanto como definir cualquier otro objeto, ya de la medicina, ya de las ciencias naturales; sin embargo, para dar una idea exacta y lacónica podré decir: *úlcera es una pérdida de sustancia cutánea que no presenta tendencia alguna á cicatrizar.* Esta definicion nos indica que toda solucion de continuidad cubierta de granulaciones y de cierta extension, puede ser considerada como úlcera, si el processus de cicatriz se ha suspendido por cualquiera causa.

Las observaciones clínicas nos obligan á admitir que toda úlcera es el resultado de un processus inflamatorio crónico: que el sitio de este puede ser el dermis, el tejido celular subcutáneo, los músculos, el periostio, los huesos, y por fin, casi todos los órganos. Mas para dar una teoría satisfactoria de la influencia ulcerativa en la piel, de la inflamacion crónica, demos una mirada rápida á los elementos histológicos de la piel, y así la comprenderémos mejor.

La piel se compone de dos láminas distintas: la una, superficial, es de naturaleza exclusivamente celular, *epidermis:* la otra, profunda, tiene por sustancia fundamental el tejido conectivo, en el que se encuentran vasos, nervios, glándulas y celdillas de tejido adiposo: es el *dermis.*

En la epidermis se distinguen tres capas: la primera en contacto inmediato con el dermis, está formada de celdillas cilíndricas y perpendiculares á la superficie que cubren: en esta capa se deposita el pigmento en el negro y en algunos puntos de la piel de los de la raza blanca, por ejemplo, aréola de la mamila y el escroto.

Encima de esta capa existe otra mas gruesa que ella y formada de celdillas ovalares, redondas ó poliédricas, pero de direccion inversa á las de la capa profunda. Reunida á la anterior forma la redecilla mucosa de Malpighi. Finalmente, la capa externa ó capa córnea de la epidermis no presenta sino celdillas irregularmente es-

tratificadas que se diferencían de las de la capa mucosa por su forma y su contenido granuloso.

El dermis se compone de dos capas superpuestas que se funden insensiblemente en su línea de contacto. La profunda está constituida por fibras conectivas reticuladas, formando redecilla que contribuye á formar el *fascia superficialis*. En esta capa se encuentran las glándulas, los folículos pilosos, las celdillas adiposas, los vasos y los nervios cutáneos, ántes de presentar sus últimas ramificaciones.

La capa superficial está cubierta de pequeñas eminencias que se han llamado *papilas*, las que desigualmente distribuidas son mas ó ménos voluminosas, y existen en abundancia en las yemas de los dedos.

Así constituida la piel, tratemos de dar una teoría que esté de acuerdo con los fenómenos patológicos. Supongamos que el trabajo inflamatorio se ha desarrollado en la piel de la pierna, lo que es frecuente. La piel entónces está recorrida por vasos dilatados, se enrojece, se hace edematosa y mas sensible á la presion, hay un desarrollo de celdillas, principalmente en las partes superficiales del dermis, las papilas se hipertrofian, aumentan las celdillas de la capa mucosa de Malpighi, y el tejido conectivo de la capa papilar se hace blando y gelatinoso. Si en este estado sobreviene un traumatismo, aun insignificante, este basta para que en aquel sitio se reblandezca y destruya la celdilla córnea de la epidermis, descubra las celdillas de la capa mucosa de Malpighi, las irrite y den por fin lugar á un escurrimiento sanioso ó purulento que contribuye á impedir la suspension del trabajo flegmásico produciendo así la ulceracion.

Un processus semejante se observa en las mucosas: la capa epiteleal es el sitio de una neoplasia celular, hay una infiltracion en el tejido conjuntivo y las glándulas funcionan con mas actividad, la mucosa así alterada puede considerarse como inflamada si á consecuencia de este processus hay una eliminacion abundante de celdillas, al grado de que la mucosa quede descubierta, se habrá formado entónces una úlcera catarral.

La produccion de las úlceras no se limita á la manera ántes indicada, pues los chancros, las úlceras que se encuentran en las pier-

nas de los individuos que padecen ecthyma y otras sobre cuya causa nada se sabe de positivo, provienen de pústulas que en lugar de curar crecen, se desgarran y despues de la evacuacion del líquido se convierten en úlceras que presentan un carácter inflamatorio agudo que es raro dure largo tiempo.

Estas son en pocas palabras las ideas últimamente emitidas sobre la ulceracion por la escuela alemana, cuyos adelantos y prudentes observaciones le han merecido una aceptacion casi universal.

Pasaré á ocuparme de la nomenclatura de las úlceras y de los diversos puntos de su historia.

La nomenclatura de las úlceras es muy variada: para formarla, algunos autores toman los síntomas que presentan y describen, por ejemplo: *úlceras fungosas*, *callosas*, *edematosas*, *&c.* Otros las dividen en *úlceras simples y úlceras complicadas*, comprendiendo entre las primeras todas aquellas que no son conservadas por una enfermedad local ó general, y reservando el nombre de complicadas para aquellas úlceras que están acompañadas de una afeccion particular. Mas semejante nomenclatura no tiene utilidad práctica alguna, y solo sirve para confundirse y describir como especie distinta una misma úlcera que puede acompañarse de algun accidente ó de tal ó cual complicacion.

Billroth, atendiendo á su orígen, la inflamacion crónica, las distingue en úlceras *idiopáticas* y en úlceras *sintomáticas.* Las primeras son las que se desarrollan á consecuencia de una irritacion puramente local. Las sintomáticas no constituyen sino el síntoma de una enfermedad general y son debidas á causas internas dyscrásicas, sin que una irritacion local haya obrado sobre la region ulcerada.

Esta division es buena, pero el Sr. Dominguez me ha hecho reflexionar que las úlceras idiopáticas, tal como debe entenderse esta palabra, nunca existen, sino que siempre reconocen alguna causa: así, él cree que pueden y deben dividirse en úlceras *locales ó traumáticas* y en úlceras *sintomáticas,* producidas por una enfermedad diatésica. Basada así su division exclusivamente en la etiología de la úlcera, es fácil conservarla y evitar describir como variedades una misma, acompañada ó no de algun accidente.

Etiología.—Las distintas causas que producen la úlcera pueden

reducirse á una sola: la inflamacion crónica; pero para conocer la etiología de la úlcera es necesario saber de antemano qué causas pueden hacer aparecer un processus inflamatorio crónico. Este puede ser el resultado de causas locales ó de causas generales: entre las primeras encontramos una inflamacion aguda, cuyo tratamiento mal dirigido la ha hecho pasar al estado crónico, aunque en lo general es necesario que exista una causa persistente, una irritacion continua. Estos irritantes continuos pueden tener y tienen una accion simplemente local. Un frotamiento y una presion constantes son causas frecuentes de ulceraciones: ciertas profesiones que exigen permanecer por algun tiempo en pié, y en que por consiguiente la circulacion de la sangre venosa no se hace con la facilidad debida, resultando de ello un éxtasis venoso, predisponen demasiado á un estado particular puramente local, las *várices*, que á su vez ejerciendo una accion irritante, acaban por producir un processus ulcerativo.

La inflamacion crónica de la piel, determinada por la instalacion en ella del *acarus scabiei* y de los *esporos* de mucedineas, puede ser tambien la causa de ulceraciones que, en estos casos, se producen por el frotamiento que sufre la piel para calmar la picazon.

Entre las causas locales, coloqué tambien las várices, y en efecto, es muy frecuente encontrar individuos que presentan una dilatacion exagerada de las venas, al mismo tiempo que extensas soluciones de continuidad. El Sr. D. Manuel Dominguez, cree que en este caso la úlcera podria explicarse por una asfixia, llamémosle así, del tejido celular, asfixia que es producida por los elementos carbonosos de que la sangre se halla impregnada.

Entre las causas generales de la ulceracion encontramos las diátesis escrofulosa, escorbútica, cancerosa, sifilítica, &c., enfermedades que produciendo una inflamacion crónica de la piel ó de las mucosas, acaba finalmente por dejar formada una ulceracion, que segun la causa, así toma su nombre.

Sintomatología.—Una úlcera por causa local ó traumática se presenta bajo el aspecto de una solucion de continuidad de las partes blandas, de una extension y forma variables, secretando un líquido blanco, amarillento, cremoso, homogéneo, que presenta en fin los caractéres del pus de buena naturaleza.

El fondo de la úlcera está formado por una capa de granulaciones de un rojo mas ó ménos vivo, semejante al de las heridas en estado de supuracion, granulaciones que sangran al menor contacto, toman un color violado debido á la éxtasis venosa y son insensibles al tacto. Este fondo, en lo general, se encuentra al mismo nivel que la piel sana, con la cual se continúa por medio de una película sumamente delgada de epidermis de color ligeramente rosado.

Los bordes en esta clase de úlceras, sin presentar nada notable, establecen el límite entre la piel sana y el fondo de la úlcera.

En su mayor sencillez son poco ó nada dolorosas; pero si por un ejercicio inmoderado ó por alguna alteracion en el régimen sobreviene una complicacion, adquieren una sensibilidad exagerada.

Su sitio de predileccion está en los miembros inferiores, quizá por estar mas expuestos al traumatismo, y con especialidad en la cara anterior é inferior de la pierna, extendiéndose en algunos casos hasta el dorso del pié.

La marcha que siguen hasta su completa desaparicion es muy caprichosa: las mas veces, cuando el reposo y el régimen son adecuados, se les ve seguir rápidamente disminuyendo; pero por una alteracion en la alimentacion, por una violencia exterior, ó aun sin causa apreciable, la úlcera se abre, se reproduce para cicatrizar despues, y en estas alternativas de cicatrizacion y de ulceracion puede trascurrir algun tiempo.

Bajo este estado patológico tan sencillo se presentan en la mayoría de casos las úlceras, caminando con lentitud á la cicatrizacion; pero miéntras esta concluye, pueden sobrevenir algunos accidentes que les dan ciertos caractéres que permiten distinguirlas fácilmente. Rápidamente enumeraré los que se observan mas á menudo.

Algunas veces sucede que la úlcera en vía de cicatriz, encontrándose en el mejor estado, y cuando el enfermo cree la curacion si no concluida al ménos muy avanzada, se entrega á sus ocupaciones habituales, aumenta su alimentacion y descuida la renovacion de los tópicos que empleaba: entónces comienza á sentir algunos dolores en la region ulcerada, y si se examina esta, se nota desde luego un enrojecimiento considerable, la piel próxima es sensible al tacto, tensa, brillante, la cicatriz se ve que se destruye, la supuracion es

abundante, el fondo de la úlcera sangra al menor contacto, y las granulaciones que en dicho fondo se encuentran son tan dolorosas, que en las personas sumamente irritables, el menor contacto puede dar lugar á fenómenos nerviosos bastante intensos. Esta clase de complicacion les ha valido el nombre de úlceras *erethicas.*

Hay otras úlceras, que atendiendo exclusivamente al aspecto que presentan, han sido designadas con el nombre de úlceras *fungosas.* Efectivamente, la superficie de la úlcera se va cubriendo de granulaciones que vegetan á la manera de hongos y se desarrollan con tal rapidez que en muy poco tiempo se elevan y pasan el nivel de la superficie cercana de la epidermis.

Ulceras callosas.—Con este nombre se designa una variedad de úlceras, cuyo fondo, bordes y piel vecina han adquirido un espesor y una dureza casi cartilaginosa bajo la influencia de una inflamacion crónica muy larga. Para describirlas con rapidez y hacer palpables los diversos puntos de su historia, me ha parecido prudente referir una observacion recogida en el hospital de San Pablo, y que puede presentarse como tipo de la variedad que describo.

María Dolores Lopez, de 53 años de edad, viuda, de Cuautitlan, de oficio lavandera, entró el dia 20 de Marzo de 1870 á la sala de San Miguel, y ocupó la cama número 5. Refiere la enferma que á la edad de 15 años recibió un golpe en la pierna derecha, cuyo golpe produjo una esfoliacion epidérmica que descuidó por no parecerle caso grave, pero que paulatinamente se fué extendiendo, secretando un líquido sanioso, y entónces comenzó á atenderse. Al cabo de un año y despues de curaciones tópicas de distinta naturaleza, se habia formado una úlcera que se extendia á casi toda la pierna y dorso del pié derecho; su curacion decia ser simple, y ya sea por ella ó por el reposo que habia guardado en los últimos dias, la úlcera fué disminuyendo de extension hasta quedar reducida á una del diámetro de un peso. Notó despues que cuando se entregaba á sus ocupaciones de lavandera, aumentaba para disminuir en seguida por el reposo. En estas alternativas pasó algun tiempo, hasta hace poco que la úlcera se extendió considerablemente, lo que hizo á la enferma trasladarse al hospital; allí se vió en la primer visita que presentaba una solucion de continuidad, que se extendia desde el tercio anterior y medio de la pierna derecha hasta el dorso del pié corres-

pondiente, de fondo duro, deprimido, como si se hubiera quitado la piel y los tejidos subyacentes en parte de su espesor, de un color gris sucio, cubierto por una capa delgada de granulaciones y secretando un líquido fetido y sero–purulento. Los bordes de la ulceracion eran duros, irregulares, tallados á pico á expensas de su cara interna, y de un color análogo al que presentaba el fondo. La piel vecina era de un color violado, tensa y desprovista de elasticidad. El estado general de la enferma, aunque deteriorado no era malo.

Con este cuadro de síntomas no podia dudarse que se trataba de una úlcera callosa, é inmediatamente se comenzó á aplicar la siguiente prescripcion: Cataplasmas emolientes al derredor de la ulceracion, lavatorios con agua de quina y una curacion simple. A los dos meses de este tratamiento empleado sin interrupcion, la úlcera habia tomado un buen aspecto, y se cambió la prescripcion por la siguiente, por no haber principio de cicatriz: Vino de quina, 60 gramos; cerato de Galeno, 30 gramos; carbonato de plomo, 8 gramos, mezclado para curaciones. Racion, asado y papas. Con este método se logró hacer cicatrizar la ulceracion del dorso del pié y parte de la pierna. El mismo método se siguió observando durante tres meses, al cabo de los cuales se habia limitado la úlcera al grado que solo quedaba un resto de ella, sobre el cual se aplicó una placa de plomo. Esta no produjo resultado favorable y se le sustituyó por la compresion con vendoletes aglutinantes, segun lo recomienda Baynton. Las curaciones se repitieron por espacio de mes y medio, á cuyo tiempo, extinguida su condena, pidió su alta y salió del hospital solamente con un punto no cicatrizado.

Esta observacion, aunque poco curiosa, indica una de las causas que pueden hacer aparecer una úlcera callosa, la edad y la constitucion de los individuos, así como el sitio en que se encuentran con mas frecuencia, los síntomas, y por último los diversos medios de que se puede disponer para hacerlas desaparecer.

Ulceras gangrenosas. Las úlceras pueden ser atacadas, como dije ántes, de una inflamacion aguda y esta terminarse por gangrena.

Las causas de esta complicacion pueden ser, á mas de la inflamacion aguda, la falta de aseo, un tratamiento inadecuado, un entorpecimiento en la circulacion, las malas condiciones higiénicas, &c.

Los síntomas que la caracterizan son los de una inflamacion agu-

da, seguidos de los fenómenos particulares á la gangrena: así la úlcera secreta un líquido fétido, su fondo es de un gris oscuro, que, examinado con atencion, se ve que está formado por tejidos mortificados, por una verdadera escara que, aumentando diariamente, se extiende á las partes próximas de la piel aún inflamada. Llega por fin un momento en que se calma la inflamacion y con ella se suspende el trabajo de desorganizacion, limitándose la gangrena. En seguida aparece el trabajo de eliminacion de las escaras que al desprenderse dejan un fondo limpio, rojo, cubierto de granulaciones y con tendencias á cicatrizar.

Esta complicacion, quizá la mas grave, se acompaña algunas veces de fenómenos generales bastante alarmantes, que deben despertar la atencion del médico.

Ulceras varicosas. Las úlceras que sobrevienen en los individuos que llevan várices, pueden presentarse en su mayor sencillez ó complicadas de alguno de los accidentes ántes descritos.

Solas ó acompañadas de alguna complicacion, estas úlceras nunca pueden considerarse como complicadas de várices, sino al contrario, las várices complicadas de úlceras; pero se ha convenido en darles el nombre de úlceras varicosas, y con este nombre designarémos aquellas úlceras que reconocen por causa la dilatacion varicosa de las venas de la region, y sobre todo el engurgitamiento producido por esta dilatacion. Se presentan de preferencia en las extremidades inferiores de aquellas personas que ejercen ciertas profesiones en que la circulacion venosa sufre alguna dificultad, como impresor, lavandera, &c.

Esta clase de úlceras tienen una superficie de un rojo pálido, que no da una verdadera supuracion, sino un líquido rosado, sanioso y aun sangre pura si hay una comunicacion entre la vena dilatada y el fondo de la solucion de continuidad. Los bordes presentan una coloracion morena, así como la piel próxima, y alguna vez se ven como en las úlceras callosas.

Estas úlceras varicosas difícilmente cicatrizan, y en el caso de que la cicatriz se forme, es tan delicada, que la causa mas insignificante la destruye.

Tales son las complicaciones que se observan mas frecuentemente en las úlceras, ya de causa local, ya por enfermedad general. Com-

batidas por los medios adecuados, dejan el terreno fértil y propio para plantear el ingerto.

Entre las úlceras sintomáticas se encuentran las escrofulosas, las escorbúticas, las cancerosas, las sifilíticas, &c. De estas no me parece propio ocuparme, supuesto que su curacion depende única y exclusivamente del método general adecuado á cada enfermedad; pero cuando la constitucion del individuo atacado de uno de dichos estados patológicos se ha modificado, al grado que las úlceras que bajo su influencia se han desarrollado constituyan una afeccion local, ¿será aplicable con éxito el ingerto epidérmico? No me anticiparé en esta cuestion, me ocuparé de ella despues.

Diagnóstico.—Basta haber visto una sola vez una úlcera para comprender que es imposible confundirla con cualquiera otra solucion de continuidad como una herida, una quemadura, aunque estas puedan ser la causa de una ulceracion. Los accidentes que vienen durante la cicatrizacion á complicar una úlcera en su mayor sencillez, son perfectamente marcados para poder confundirlos entre sí. ¿Habrá álguien que confunda una úlcera complicada por la inflamacion con una úlcera callosa; ésta con una gangrenosa ó la gangrenosa con la que es el resultado de unas várices? Es imposible atendiendo á las circunstancias en que se desarrollan y á los caractéres tan distintos que presentan: de manera que para formar el diagnóstico, basta solamente una poca de atencion y el conmemorativo del paciente.

Pronóstico.—El pronóstico de las úlceras en general no es grave; sin embargo, aun cuando por sí solas y exentas de toda complicacion no ponen en peligro la vida del enfermo, constituyen un achaque que impide poder entregarse á sus ocupaciones que en la clase pobre proporcionan los medios de subsistencia. En las personas acomodadas, pueden considerarse simplemente como una molestia.

Entre los accidentes que pueden aparecer en el trascurso de la cicatrizacion, hay alguno, como la gangrena, que puede muy bien, si no se aplican los medios adecuados ó si estos no tienen éxito, exigir imperiosamente la amputacion del miembro. Tanto en este caso como en algun otro se comprende que el pronóstico adquiere mayor gravedad.

Tratamiento.—Si recorremos las obras clásicas de cirujía, encontramos consignados diferentes métodos curativos, distintas sustancias que tienen exclusivamente por objeto acelerar la cicatrizacion de una úlcera. De todas se han obtenido resultados maravillosos, y sin embargo, al aplicarlos, vemos que el método de que se esperaba un éxito brillante solo ha servido para mantener en un estado estacionario un trabajo de ulceracion que lleva quizá años de constituir un verdadero achaque.

Actualmente, el tratamiento curativo de las úlceras de causa local es, puede decirse, perfectamente conocido. La mayor parte de los cirujanos europeos lo conocen, y nuestros maestros nos han enseñado á la cabecera del paciente, como el fruto de sus afanes y de sus estudios, el éxito mas favorable que sobre el particular puede apetecerse.

Entre los métodos que antiguamente se empleaban, hay algunos que son buenos y en ciertos casos convenientemente aplicados producen una curacion radical. Haré una breve reseña de ellos para ocuparme en seguida del ingerto epidérmico.

Toda úlcera, cualquiera que sea su naturaleza y su extension, debe curarse de manera que se obtenga una cicatriz sólida. Este es un precepto que no se debe olvidar para llevarlo adelante, sin preocuparse de la divergencia de opiniones que sobre este punto se han emitido.

En el tratamiento de las úlceras hay que hacer una division, ya que se presenten en su mayor sencillez ó ya que venga á complicarlas un accidente. En este último caso el método cambia notablemente, segun la naturaleza de la complicacion. Las úlceras simples, en lo general, requieren para su completa desaparicion el reposo, una alimentacion adecuada al estado general del enfermo y la aplicacion tópica de sustancias grasosas colocadas en lienzos ó hilas que se mantienen en el punto enfermo por medio de un vendaje ligeramente compresivo.

En los primeros dias de su existencia, cuando, por decirlo así, se está desarrollando el processus ulcerativo, cuando la superficie de la úlcera está sucia, de un aspecto como fungoso, de un color gris, que secreta un líquido fétido, entónces unos lavatorios emolientes ó clorurados ó bien el ácido fénico disuelto en agua pueden

ser ventajosamente empleados: entónces tambien el uso de todos aquellos medios que tengan por objeto conservar perfectamente limpia la superficie de la úlcera, son de una útil aplicacion. Igualmente lo será renovar la curacion dos ó tres veces al dia si la cantidad de pus fuere abundante.

Muchas veces sucede que al disminuir la extension de la úlcera, el trabajo de cicatriz repentinamente se suspende y se nota en la superficie toda ó en algunos puntos solamente, la aparicion de botones exuberantes. Estos pueden destruirse por el empleo de algunas sustancias astringentes, como la corteza de quina en cocimiento aplicado en fomentos y de algun otro cuyo uso aunque secundario puede ser útil. Lo mejor es destruirlos por el nitrato de plata que se aplica diariamente hasta su completa desaparicion. La compresion por vendoletes de tela emplástica puede producir igualmente buenos resultados.

Una vez que se ha formado la cicatriz, debe recomendarse al enfermo protegerla de toda violencia exterior, ya sea por el reposo, en tanto adquiere alguna resistencia, ya por medio de un aparato formado de hilas ó algodon y un vendaje ligeramente compresivo. Esto no debe olvidarse principalmente en la clase pobre, que careciendo de elementos, necesita cuanto ántes entregarse á sus ocupaciones, quedando expuesta la cicatriz á desgarrarse con la mayor facilidad por el golpe mas insignificante ó por el poco aseo de la ropa interior.

En las úlceras que se han complicado debe emplearse un tratamiento adecuado á cada caso particular. Veamos cuáles son los medios convenientes en las complicaciones que como mas frecuentes he descrito.

Ulceras erethicas.—En esta variedad lo primero que se debe procurar es alejar la causa que ha producido el estado flegmásico para combatirlo en seguida por los medios siguientes. Si la inflamacion es tan intensa que determine fenómenos de reaccion general, podrian emplearse las emisiones sanguíneas generales, acompañadas de un purgante y de abstinencia de alimentos; pero siendo dichos fenómenos raros por esta complicacion, lo comun es emplear sanguijuelas al derredor de la úlcera y algunas veces aun sobre la misma úlcera.

Bluff y algunos otros cirujanos rechazan completamente el empleo de las sangrías locales: dicen que las sanguijuelas, produciendo una hiperemia local, contribuyen mas bien á aumentar que á disminuir el estado flegmásico. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos modernos creen que una extraccion local de sangre muy amplia puede ser de bastante utilidad en las úlceras atacadas de inflamacion aguda. Esta utilidad es mayor todavía si se favorece el escurrimiento sanguíneo por la aplicacion de cataplasmas emolientes adicionadas de una sustancia narcótica que destruya el elemento dolor. Pueden emplearse tambien, como tópicos, las pomadas llamadas *refrescantes*, como la de óxido de zinc, la de cerato con carbonato de plomo ó fomentos con agua de Goulard.

Billroth cree que si bajo la influencia de este tratamiento, la úlcera es aún sensible y dolorosa, habiendo disminuido la inflamacion se puede emplear una cauterizacion con el nitrato de plata y mejor aún con el fierro rojo. Estos medios, seguidos de la compresion oportuna por vendoletes aglutinantes han determinado una curacion completa.

Ulceras fungosas.—Dije ántes que las fungosidades que sobrevienen frecuentemente en la cicatrizacion de las úlceras simples, reclaman su destruccion. Los medios de que se puede disponer son: los cáusticos, entre los que se toma el nitrato de plata, la potasa cáustica, la manteca de antimonio, el ácido nítrico y aun el nitrato ácido de mercurio; mas no deben aplicarse sino cuando toda la superficie esté cubierta de fungosidades. Cuando á pesar de haber sido destruidas por los cáusticos se reproducen, seria quizá conveniente aplicar una cauterizacion por el cauterio actual: esto tendria la ventaja de reprimir las fungosidades y hacer aparecer una ligera inflamacion que tendria mucha influencia en el éxito de la enfermedad.

Ulceras callosas.—En estas úlceras, lo que debe desde luego combatirse, son las callosidades que constituyen el principal obstáculo á la curacion: en consecuencia, lo que mas importa es obtener el reblandecimiento de los tejidos escasos de sangre y con una consistencia tendinosa para hacer aparecer una vascularizacion favorable en los bordes y el fondo de la úlcera. Con este objeto se puede emplear la compresion por vendoletes aglutinantes, que inventada por

Baynton se aplica de la manera siguiente: se toman cintas de tela emplástica de una longitud tal que pueda cubrir el miembro enfermo, y de un ancho como de cinco centímetros, segun Baynton; de centímetro y medio segun Boyer; se comienza por aplicar en la parte mas declive el primer vendolete, el segundo se coloca de modo que su borde inferior corresponda á la parte média del vendolete situado abajo, el tercero á la parte média del segundo, y así sucesivamente hasta cubrir completamente la úlcera; esta primera curacion que segun Billroth debe cubrir no solo el punto ulcerado sino todo el miembro, debe renovarse hasta los cuatro dias, á cuyo tiempo se hará otra aplicacion de cintas, aumentando su permanencia sobre la ulceracion si se observa un principio de cicatriz ó reblandecimiento de las callosidades.

Este aparato presenta la ventaja de ejercer una compresion metódica y de que el paciente puede entregarse á sus ocupaciones sin que la úlcera se extienda; sin embargo, es necesario no confiarse en él demasiado, porque sucede alguna vez, que el vendolete, oportuna y convenientemente aplicado, no ha producido efecto favorable.

Hay un medio que en el tratamiento de la úlcera callosa puede ser bueno, y consiste en obtener por el calor húmedo, ya en baños tibios repetidos ó en cataplasmas incesantes, una hiperemia local que tenga por resultado producir un aumento de vitalidad y el desarrollo de celdillas y de vasos.

Las callosidades pueden tambien destruirse por la cauterizacion con el cauterio actual ó empleando distintas sustancias que produzcan una inflamacion supurativa: el fierro rojo se emplea al mismo tiempo para destruir las callosidades que para excitar un trabajo que dé vitalidad á órganos casi momificados: pero tambien esto se puede obtener sin ocurrir al cauterio, por medio de sustancias irritantes como la pomada epispática ó alguna otra sustancia que llegue á producir un estado propio para favorecer la cicatrizacion.

Con las callosidades se pueden ver y se ven con frecuencia reunidas todas las complicaciones que sobrevienen en las úlceras: así no es raro encontrarlas alguna vez inflamadas, otras cubiertas de fungosidades, &c., accidentes que reclaman un tratamiento adecuado, y que por lo mismo está sujeto á variar de un momento á otro; pero cualquiera que sea el estado local, el cirujano no debe olvidar

que su objeto es simplificarlo en tanto sea posible para llegar á poner en práctica el medio de que me ocuparé despues.

Ulceras gangrenosas.—El tratamiento de la gangrena en las úlceras debe basarse en las causas que la han producido. Desde luego deben alejarse todas las que han determinado la mortificacion de los tejidos, para proceder en seguida contra la gangrena misma.

En el tratamiento de la gangrena producida por cualquiera causa, se presentan tres indicaciones: 1º limitarla, 2º favorecer la eliminacion de la escara, y 3º una vez eliminada favorecer la cicatrizacion de la solucion de continuidad.

Para llenar la primera indicacion, en caso de que la gangrena se presente en una úlcera, se combatirá desde luego la causa que la ha producido, causa que siendo muy variada no puede formularse de un modo general la conducta que se ha de observar: solamente al cirujano, en vista de las circunstancias que han originado la formacion de la escara, le es permitido establecer tal ó cual método para obedecer á la primera indicacion.

La segunda, es decir, la eliminacion de la escara, puede obtenerse de la naturaleza ó empleando algunas sustancias que tengan por objeto favorecerla: así, las cataplasmas emolientes serán útiles si en las partes próximas hay una inflamacion intensa: los tópicos excitantes son convenientes como lo es cubrir las partes gangrenadas segun quieren Percy y Labarraque, por medio de compresas ó hilas empapadas en agua clorurada, que hacen desaparecer el mal olor que proviene de las materias orgánicas en descomposicion. Con el mismo objeto será de alguna utilidad una solucion de áccido fénico, el alcohol concentrado ó la esencia de trementina como desinfectante y antiséptica. Algunos cirujanos recomiendan el empleo de una mezcla de carbon y quina en polvo con alcanfor, el permanganato de potasa en solucion, el acetato de alumina, el coaltar y algunos tópicos resinosos que llegan á tener una útil aplicacion.

A medida que las escaras se desprenden, deben practicarse inciciones en ellas ó cortarlas por medio de tijeras ó bísturi para evacuar el pus que bajo ellas se encuentra y seguir aplicando alguno de los tópicos mencionados ántes: así se obtendrá su completa eliminacion. Con esta conducta nos quedará solamente por satisfacer

la tercera indicacion: adelante verémos si nos puede ser útil el ingerto.

Ulceras varicosas.—Como quiera que estas úlceras no reconocen otra causa que el estado varicoso de las venas de la region, el tratamiento consiste desde luego en procurar que desaparezcan notablemente las várices, para ocuparse en seguida de la úlcera que por su existencia se ha producido. Mas como la curacion radical de las várices es, si no imposible de obtener, al ménos muy difícil y de larga duracion, seria punible descuidar la úlcera hasta que dicha curacion se obtuviese. Por lo mismo es conveniente hacer algunas curaciones tópicas que hagan el terreno propio para colocar allí un ingerto. Las curaciones con sustancias grasosas sobre hilas y un vendaje moderadamente aplicado son demasiado útiles al principio; pero cuando la superficie disminuye de extension y cuando la cantidad de pus es ménos abundante, la compresion por vendoletes aglutinantes es lo mejor que puede emplearse. Presenta, en efecto, la ventaja de ejercer una compresion metódica y continua, medio recomendado como paliativo de las várices, y la de obrar sobre la úlcera con probabilidades de hacerla cicatrizar. Si á este aparato se une el reposo, la buena alimentacion, en fin, las mejores condiciones higiénicas, quizá no será necesario ocurrir á las operaciones para obtener una mejoría notable.

Los medios ántes descritos son los que se han aplicado con mayor ó menor éxito hasta el año de 1869 para favorecer la cicatriz de una úlcera, y estos tambien los que se emplean algunas veces hoy con el mismo objeto, siempre que, por cualquiera causa, el método del ingerto no puede aplicarse.

Me ocuparé ahora del ingerto epidérmico en todo lo que concierne á su aplicacion.

En el mes de Diciembre de 1869, la sociedad de cirujía de Paris recibia una comunicacion de Mr. Reverdin, en la que emitia una idea fecunda que tenia por objeto plantear en la superficie de una úlcera pequeños fragmentos de epidermis para obtener la cicatriz; idea sublime, que prometia arrancar de las manos del sufrimiento una infinidad de víctimas, proporcionándoles una vida tranquila y sin achaques.

Emitida la idea, se vió que no solo era una mera teoría basada

sobre la proliferacion de las celdillas en un terreno adecuado, sino que las creencias nacidas en la fértil imaginacion de Reverdin se sancionaban en el terreno difícil de la práctica.

[1] Poco despues, en el hospital de San Jorge, en Lóndres, Mr. Pollock, Mr. Holmes y Mr. Henry Lee, realizaron á su vez el pensamiento de trasplantacion epidérmica, quedando convencidos de su utilidad práctica. Entre las observaciones recogidas por el primero, se cita como un ejemplo palpable á un niño de ocho años de edad que llevaba desde dos ántes una úlcera producida por quemadura, extendiéndose desde la region glútea izquierda hasta la rodilla del mismo lado, y en la que no se observaba trabajo alguno de cicatriz,

El 5 de Mayo de 1870, Mr. Pollock aplicó sobre la superficio ulcerada tres fragmentos de piel del flanco derecho del enfermo de los cuales dos se adhirieron inmediatamente formando islotes epidérmicos. El 20 de Mayo aplicó otros tres; el 10 de Julio dos mas y el 14 de Julio hizo una última aplicacion.

A los quince dias no podia quedar duda de que las primeras aplicaciones habian tenido buen éxito: los islotes epidérmicos se. extendieron rápidamente y habian adquirido una extension de siete centímetros de diámetro. Poco despues la úlcera estaba cicatrizada en su mayor superficie.

Mr. Holmes aplicó varios ingertos en un individuo que llevaba dos úlceras varicosas en la pierna derecha: quince dias despues la mitad de la úlcera habia cicatrizado.

Mr. Henry Lee aplicó tambien este método sobre un enferm anciano que llevaba una úlcera varicosa de ocho centímetros de diámetro; lo hizo el 30 de Junio, tomando un fragmento de piel del enfermo: el dia 7 de Julio aplicó otro y á los quince dias el enfermo veia que su úlcera estaba casi cicatrizada, extendiéndose los puntos de epidermis central á los bordes de la solucion de continuidad.

Mas no solo en Paris y en Lóndres ha llamado la atencion la idea ngeniosa de Reverdin; en México, igualmente, nuestro recomendable maestro el Sr. D. Luis Muñoz se ha dedicado á estudiar experimentalmente dicha idea, y á modificar tambien el manual operatorio en caso de no obtener resultado por los que emplean los cirujanos franceses é ingleses.

1 Gac. Med., t. V, núm. 21, pág. 344.

Grabada en su imaginacion la posibilidad de destruir el estado patológico que llamamos *ulceraciones*, con la esperanza de que el pasado respondiera del porvenir, y con el vehemente deseo de emancipar á nuestra escuela del yugo de las doctrinas europeas, tomó el bísturi para seguir á Reverdin y legar con él su nombre á la posteridad. En efecto, el 24 de Setiembre de 1870 entró á la sala de cirujía de mujeres, en el hospital de San Andres, Guadalupe Palma, de 36 años de edad; llevaba 16 dias de haber sido afectada de una crisipela flegmonosa, que produjo la gangrena de la piel de todo el antebrazo derecho y de una parte de la perteneciente á la inferior del brazo. Eliminadas las escaras, quedó descubierto el tercio inferior del brazo, el antebrazo y el dorso de la mano; la supuracion abundante, pero de mala naturaleza; el estado general era malo cuando sobrevino una diarrea.

Deseando el Sr. Muñoz aprovechar toda oportunidad para hacer un verdadero estudio, á pesar de las malas condiciones en que encontraba á la enferma, colocó por primera vez en México el ingerto epidérmico en los últimos dias del mes de Octubre. Para esto tomó pedacitos de piel de la pierna izquierda de la enferma; los colocó en cinco distintos puntos de la úlcera, los cubrió con un pedazo de tela emplástica y esperó. La abundancia de la supuracion no permitió que el aparato de curacion permaneciera aplicado el tiempo que se deseaba, y fué necesario renovarlo; mas al hacerlo se obsevó que cuatro de los ingertos se habian perdido completamente, quedando adherente uno solo, que habia colocado en la parte externa y superior del antebrazo.

En este estado sobrevino á fines de Noviembre un edema en el miembro abdominal derecho; éste se hizo enfisematoso y hácia su parte interna se descubrieron algunas escaras; los síntomas generales se agravaron, sobrevino la diarrea, los sudores nocturnos, y por último, á principios de Diciembre la enferma sucumbió en el marasmo mas completo.

El Sr. D. Manuel Dominguez, encargado de practicar la autopsía del cadáver de dicha mujer, encontró que en el punto ántes mencionado se formó una pequeña cicatriz en forma de isla que media ya cuatro centímetros de largo y poco ménos de ancho. Observada que fué al microscopio por dicho profesor, se encontró, que sus elemen-

tos constitutivos no eran los del tejido inodular, sino los de piel propiamente dicha.

El Sr. Carmona y Valle, ya en el Hospital de San Andres, ya en el de San Pablo, ha aplicado con un éxito brillante el ingerto epidérmico, aunque en algunos casos no le haya sido posible seguir al enfermo al término de su curacion.

El Sr. Bandera ha hecho tambien algunas experiencias y publicado en el periódico de la Sociedad Médica un trabajo que me proporciona datos interesantísimos para seguir la hilacion de mi parte histórica. Dos de las observaciones que en él se citan he podido seguirlas paso á paso en el Hospital de San Andres, y si no presento una observacion completa, depende de que los enfermos, al verse notablemente mejorados, abandonan el hospital, creyendo que en sus ocupaciones, la cicatriz se terminará de la misma manera y con igual rapidez que en la cama del establecimiento.

La primera observacion es referente á Francisco Herrera, de Querétaro, de 25 años de edad, temperamento linfático, constitucion débil, partidor de carne, sin antecedentes sifilíticos, que ocupó la cama número 17 de la sala de cirujía, servicio del Sr. Muñoz. Refiere el enfermo que hace doce años tuvo una entorsis en el pié izquierdo, y á consecuencia de este accidente sobrevino una erisipela flegmonosa en la mitad inferior de la pierna: dicha erisipela produjo una úlcera que se abria ó cerraba segun el régimen del enfermo.

El dia 27 de Octubre se vió por primera vez y en él se encontró una úlcera situada en la mitad inferior de la pierna izquierda comprendiendo la cara interna, anterior y externa de ella; de forma irregular, bordes duros, callosos, como si la piel estuviera hipertrofiada: la superficie de la úlcera de un color rosa pálido, y bañada por una supuracion saniosa; en algunos puntos de ella se veian pequeños botones carnosos, como islotes, elevándose y luchando en vano por atraer los bordes de la piel vecina que habia perdido su elasticidad. El estado general estaba algo deteriorado; tenia diarrea el enfermo.

En tan malas condiciones, el Sr. Muñoz y el Sr. Bandera tomaron el 5 de Enero de la parte interna y média de la otra pierna dos pequeños fragmentos de piel, separándolos con unas pinzas y una navaja de barba: cada uno tendria el tamaño de un grano de arroz y

en el corte se habia interesado la epidermis y el dermis; se colocaron uno en la parte superior y otro en la inferior de la úlcera cubriéndolos con un pedazo de tela de salud y sujetándolos con cintas de esparadrapo.

El dia 7 se practicó la amputaciom del dedo meñique en un jóven, y aprovechando la anestesia en que se encontraba, tomó el Sr. Bandera de la parte interna y média de una pierna de dicho jóven, dos pedacitos formados de epidermis y dermis, como de un centímetro de extension, y los colocó en el enfermo Herrera. Tres dias despues se le descubrió la úlcera, y se notó que de estos últimos ninguno se habia adherido, en tanto que los primeros se habian fijado sólidamente y presentaban una coloracion blanquizca como nata. A pesar de esto, el processus cicatricial no marchó con rapidez, lo que se atribuyó á las malas condiciones en que se encontraba el enfermo; sin embargo, aunque lentamente, la cicatriz se fué desprendiendo de la parte superior de la úlcera á la inferior, quedando cubierta de piel nueva en gran parte de su extension. Poco despues el enfermo instó para abandonar el hospital, y se accedió á sus súplicas despues de haberle indicado que quizá le seria perjudicial.

Casi al mismo tiempo recogí otra observacion en el hospital de San Pablo, que siendo completa me apresuro á consignar, reservándome para despues la relacion de la segunda, del Sr. Bandera, por no estar concluida, pues el enfermo ocupa aún el número 25 de la sala de cirujía de hombres. (Servicio del Sr. Muñoz).

Fermin Gonzalez, de Guanajuato, de 25 años, operario, temperamento sanguíneo, constitucion fuerte, sin enfermedades sifilíticas anteriores, entró el dia 3 de Octubre de 1871 á la sala de reencargados y ocupó la cama núm. 1. Referia que el dia 1º por la noche en el asalto de la Ciudadela recibió una herida por bote de granada en el tercio superior y externo del brazo derecho. Examinada esta region, se encontró en efecto una herida con pérdida de sustancia, extendiéndose desde el acromio derecho á la impresion del toidea, de color gris oscuro, de bordes tallados á pico y de un color negruzco: la superficie de la herida cubierta por una escara que en la circunferencia comenzaba á desprenderse. Una ligera reaccion, sin alteracion en las funciones fisiológicas del paciente, indicaba que la lesion era puramente local.

Se ordenó una curacion simple y que se esperara la eliminacion espontánea de la escara: así se hizo, y al cabo de tres semanas la herida era de un bello color rojo, sin haber presentado complicacion alguna, que era de temerse por la aglomeracion de heridos. Poco despues, se notó que la supuracion disminuia, que la superficie de la herida habia tomado un color rosa pálido, que el processus de cicatriz se habia suspendido, y que por último, aquella solucion de continuidad se revestia con los caractéres de una úlcera. Este cambio se atribuyó desde luego á las pésimas condiciones higiénicas en que se encuentra dicha sala. Se prescribió unos lavatorios con cocimiento de quina, la aplicacion tópica de sustancias excitantes y un régimen altamente tónico, mas todo en vano. Viendo, por fin, que nada se avanzaba, se resolvió hacer la aplicacion del ingerto epidérmico, con objeto de hacer cicatrizar aquella úlcera. En efecto, el dia 7 de Enero se tomó con unas pinzas un pliegue de la piel de la cara interna del brazo derecho, y por medio del bísturi el Sr. Villagran hizo una seccion de ella, que interesó la epidermis y el dermis superficialmente: se aplicó por su cara sangrante en la parte central de la úlcera, se cubrió con tela de salud y fijó con tela emplástica, se esperó cuatro dias. Al cabo de ellos levanté la curacion y noté que el ingerto habia adherido sólidamente. Repetí las curaciones con el mismo cuidado, cubriendo el punto en que se habia aplicado, con tela de salud, y el resto de la úlcera con unas hilas engrasadas y un vendaje. A los ocho dias comenzaron á desprenderse del borde inferior del ingerto pequeñas líneas blanquizcas que se dirigian á la circunferencia de la úlcera.

Tal vez por la constitucion del enfermo ó por el régimen tónico prescrito, la cicatriz avanzó con una rapidez prodigiosa, al grado que el dia 4 de Febrero, fecha en que abandoné la plaza de practicante menor, la úlcera estaba casi completamente cubierta por una piel nueva. Poco despues supe que el enfermo habia salido del hospital perfectamente curado.

La segunda observacion del Sr. Bandera, consignada en el lugar ántes citado, se refiere á Francisco Guerrero, natural de Matamoros, de 40 años de edad, temperamento linfático, constitucion buena. El año de 1854 tuvo el tifo, y al convalecer sobrevino una erisipela flictenoides que, segun refiere el enfermo, produjo la ulceracion. En

efecto, examinando al enfermo el Sr. Bandera encontró que la úlcera estaba situada en el tercio inferior de la pierna izquierda, sobre su cara anterior y externa, de forma irregularmente cuadrilátera, sus bordes poco elevados y blandos; su superficie sembrada de botones carnosos y de un bello color de rosa. El estado general, satisfactorio.

Acompañado del Sr. Carmona y Valle, el referido Sr. Bandera hizo el dia 7 de Enero de 1871 la aplicacion del ingerto epidérmico, refrescando la superficie ulcerada en distintos puntos. Tomó en seguida de la otra pierna, fragmentos de piel que colocó por su cara sangrante en los puntos ántes preparados, los cubrió perfectamente y esperó hasta el dia 10, en que levantó la curacion: entónces observó que estaban sólidamente adheridos y que presentaban un color que indicaba que vivian.

El dia 24 del mismo mes se tomó de la piel del antebrazo derecho otros tres pedacitos que comprendian todo el espesor del dermis y que se fijaron convenientemente. Al levantar la curacion se habian perdido dos, segun me dice Guerrero, quedando solo uno, que colocado en la parte externa y superior de la úlcera, cerca del borde correspondiente, enviaba al centro pequeños islotes de piel.

En este tiempo apareció una vesícula que reventó y rompió la cicatriz que comenzaba á formarse como resultado de los primeros ingertos que se aplicaron, deteniéndose la destruccion como ante una barrera al llegar á ellos, barrera que no les fué posible franquear· Despues, por causas para mí desconocidas, el enfermo se separó del hospital ántes de ver terminada su curacion. Mas el dia 10 de Enero del presente año, se presentó una vez mas solicitando una cama en el establecimiento y se le asignó la que lleva el número 25 de la sala de cirujía, á cargo del Sr. Muñoz. Interrogando al enfermo sobre su estado anterior, me refirió lo que llevo dicho ántes, hasta el momento en que abandonó el hospital; igualmente me impuso de que se habia entregado á sus ocupaciones, que habia viajado con grandes sufrimientos, hasta hace poco, en que no soportando su estado se habia resuelto á ingresar al hospital. En aquellos momentos la úlcera estaba inflamada y fué necesario emplear un nuevo método antiflogístico para preparar el terreno en que se habia de colocar el ingerto. Una vez que la úlcera, en efecto, adquirió su mayor

sencillez, el Sr. Muñoz colocó el primer pedacito de piel hácia la parte interna y superior de la úlcera, con objeto de que si prendia fuera en un punto en que, próximo al ingerto que el Sr. Bandera habia aplicado, la cicatriz se hiciera con mas rapidez. A los cuatro dias vió que habia muerto en su mayor parte, quedando solo de la circunferencia del ingerto un pequeño punto adherido, lo que explica el Sr. Muñoz por su estructura, pues cree que estando formado en su mayor parte de epidermis y tejido celular grasoso, la circunferencia, que por la oblicuidad de la seccion lo estaba solo de epidermis y una parte superficial del dermis, pudo allí proliferar y formar el punto de orígen de la nueva piel.

El dia 5 de Marzo se ha tomado del antebrazo derecho, con la punta de una lanceta, un pedacito de la epidermis y del dermis superficialmente, se ha colocado en la parte central de la úlcera, despues de refrescado por el bísturi, y se ha protegido convenientemente. El dia 9 se ha visto que fijo y adherente comienza á enviar en distintas direcciones pequeños hilos de piel de nueva formacion que hacen esperar una curacion radical.

El Sr. Muñoz ha tenido la bondad de hacerme notar que la cicatriz formada se ha destruido durante la vida agitada del paciente, en todos aquellos puntos en que no habia adquirido una solidez considerable para resistir á las violencias exteriores; pero que ni el estado inflamatorio de la úlcera, ni la abundancia del pus, ni las violencias á que ha estado expuesto han sido suficientes para destruir la piel que ántes se habia colocado. Actualmente, el enfermo espera ver terminados sus padecimientos por la completa cicatrizacion de la úlcera que lleva.

Podria citar algunas otras observaciones, pero me parece que las anteriores son suficientes para probar que el ingerto epidérmico es una adquisicion de mucha importancia en la cirujía, y un medio que no se debe descuidar, sino ensayar en todos aquellos casos en que las úlceras se encuentren en las condiciones que voy á referir, y empleando el procedimiento que hasta hoy ha dado mejores resultados.

Una vez que la práctica ha sancionado la teoría, que las ideas de Reverdin han sido realizadas, me ocurren desde luego varias cuestiones. Primera, en qué casos es aplicable el ingerto epidérmico. Segunda, cuáles son sus ventajas. Tercera, cuántos procedimientos

hay para plantearlo y cuál es el mejor. Cuarta, cómo se forma la cicatriz en estos casos. Procuraré resolver estas cuestiones lo mejor que pueda, en la inteligencia que modificaré mi opinion tan luego como se me demuestre que es errónea.

Primero. *En qué casos es aplicable el ingerto epidérmico.* Las observaciones ántes citadas y las otras mil que no he consignado, indican claramente que siempre que un individuo presente una solucion de continuidad de las que llevan el nombre de úlceras, que sea producida por cualquiera causa, y encontrándose exenta de toda complicacion, debe aplicarse el ingerto. Así, la úlcera en su mayor sencillez, que reconoce por causa, ó una violencia exterior, ó un flegmon difuso, ó una erisipela flictenoides, ó la eliminacion de una escara extensa, &c., debe tratarse inmediatamente de que desaparezca, usando el ingenioso medio de Reverdin. Por el contrario, las úlceras que no reconocen por causa sino una afeccion diatésica, como la escrófula, la sífilis, será inútil combatirlas por este método, supuesto que siendo un síntoma local de una enfermedad general, no se conseguirá la cicatriz en tanto que la causa exista. Proceder de otra manera seria tanto como prescribir los antiespasmódicos para combatir los accidentes nerviosos que sobrevienen en la clorosis, descuidando completamente la medicacion tónica analéptica: seria tanto como olvidarse de aquel axioma: *sublata causa, tollitur effectus.*

Sin embargo, no quiero decir con esto que la úlcera desarrollada bajo la influencia de una afeccion diatésica, combatida al grado de haberla hecho, si no desaparecer, al ménos modificarse notablemente, no pueden ser tratados con el éxito deseado por el método citado, no; no es esta mi idea: quiero decir tan solo que para poderlo hacer es necesario reducirlas á no constituir en tanto sea posible sino una enfermedad local: entónces es cuando podemos encontrarnos autorizados para quitar al paciente un fragmento de piel y colocarlo en la superficie ulcerada.

Sucede muchas veces, como he dicho ántes, que la úlcera se complica de algunos accidentes, como inflamacion, callosidades, gangrena, &c.: en estos casos, ¿qué conducta se debe observar? Creo que no es necesario meditar mucho para comprender que es indispensable, ántes que todo, reducir la úlcera á su mayor sencillez, llevar-

la por cuantos medios estén indicados, al estado que afectan aquellas úlceras que no cicatrizan mas que por la falta de extensibilidad de la piel sana y de la desaparicion completa de sus elementos histológicos. El Sr. Muñoz una infinidad de veces ha dicho: «Es necesario preparar el terreno para que el ingerto se plantée con éxito: hacerlo de un modo intempestivo es exponerse á una decepcion.»

Hay úlceras que acompañadas del estado varicoso de las venas de la region ulcerada cicatrizan con mucha dificultad, ó casi nunca cicatrizan. En estos casos ¿debe aplicarse el ingerto? No vacilaré un momento en contestar de una manera afirmativa, porque exentas de complicacion en su superficie, si se coloca el ingerto y este produce puntos de epidermizacion, ¿no le habrémos quitado una enfermedad al paciente, que cuando ménos era una molestia? ¿O es indispensable que al llevar las várices sufra la consecuencia de la ulceracion? ¿No vemos enfermos en quienes se dibuja perfectamente la dilatacion anormal de las venas, y sin embargo no presentan solucion de continuidad? ¿Pues por qué no intentar colocar en mejores condiciones al enfermo?

En resúmen, el ingerto epidérmico debe aplicarse en todas aquellas úlceras que, exentas de complicacion, constituyen un estado patológico puramente local.

Segundo. *¿Cuáles son las ventajas de esta práctica?* En toda solucion de continuidad, la primera indicacion que se presenta es la de colocar las partes divididas en su estado normal: así, en las heridas por instrumento cortante, lo primero que debe hacerse es afrontar los labios, y esto tan exactamente, que el mayor triunfo del cirujano es presentar una cicatriz perfectamente lineal, que no queden vestigios indelebles y que no haya lugar al tejido inodular. Ahora bien, ¿en las úlceras se debe igualmente afrontar los bordes é impedir la retractilidad del tejido de cicatriz? Indudablemente: ¿y esto se conseguirá por los simples esfuerzos de la naturaleza? Lo creo casi imposible, porque uno de los caractéres del tejido de cicatriz es ser retráctil por excelencia, destruirse con facilidad y producir deformidades por adherencias anormales: mas aún, las cicatrices pueden dar orígen y producen dolores soportables unas veces, pero las mas tan intensos, que obligan al cirujano á practicar la escision de ellas en todo su espesor. Están sujetas á desgar-

rarse, á inflamarse, á producir ulceraciones, no solo en su superficie, sino aun en las partes cercanas, y á destruir cicatrices que se han formado con una dificultad y una lentitud sin límites. Por último, susceptibles á toda clase de enfermedad, pueden ser atacadas de una clase de alteracion constituida por la hipertrofia del tejido inodular, que forma lo que se conoce con el nombre de *keloides cicatricial.*

Si establecemos ahora una comparacion con las cicatrices formadas despues de la aplicacion del ingerto, encontrarémos una diferencia notabilísima. En estas, en efecto, una vez formada, con dificultad se destruye, no hay retractilidad, el enfermo puede recibir toda clase de violencias sin resultarle mas lesiones que las que por las mismas causas podrian sobrevenirle en cualquiera otra parte de su cuerpo: no se forman esas adherencias anormales; y por ultimo, si aparece en el punto en que ántes se encontraba la úlcera algun tumor, es enteramente igual al que puede aparecer en el resto de la piel. En fin, si la cicatriz puede obtenerse en dos meses, por ejemplo, y de una manera tan sólida que con dificultad se destruya; si evita, ó al ménos aleja la erisipela traumática, la podredumbre de hospital y la infeccion purulenta, ¿no ciertamente se puede decir que posee el ingerto epidérmico grandes ventajas sobre los otros métodos?

¿Cuántos procedimientos hay para plantearlo, y cuál es el mejor? La mayor parte de los cirujanos discrepaban al principio sobre el procedimiento que se debia emplear. Reverdin queria que se tomara solamente la epidermis, sin dermis ni tejido celular: recomendaba se tomara de la parte interna de la pierna, con la punta de una lanceta, un pedacito de epidermis de dos á tres milímetros, y en seguida se pusiera en contacto su cara profunda con la superficie granulosa, que se habria avivado de antemano. Así aplicado, igualmente recomendaba sostenerlo por un pedazo de tela emplástica, y renovar la curacion diariamente.

En Inglaterra, Mr. Pollock, pellizcando con las pinzas un pliegue de la piel, corta por medio de tijeras un fragmento de ella, que comprenda la epidermis y una parte superficial del dermis. Para colocarlo hace préviamente en la superficie de la úlcera una incision en la cual introduce el pedazo de piel, y lo fija con una cinta de tela emplástica. Cambia la curacion á los cinco ó seis dias.

Mr. Henry Lee emplea casi el mismo procedimiento, con la única diferencia de que al hacer la seccion del pedazo de piel la comprende en todo su espesor. Dice que la extension á toda la superficie de la úlcera es mucho mas rápida.

Mr. Ollier ha publicado últimamente un trabajo [*Journal de Pharmacie et Chimie*] en el que indica un procedimiento enteramente distinto de los empleados hasta entónces. Consiste en ingertar colgajos de cuatro, seis y ocho centímetros cuadrados, que comprendan no solo las capas superficiales de la piel, sino la totalidad del dermis. Su principal fin es crear por este procedimiento no solo centros múltiples de epidermizacion, sino sustituir á la película epidérmica de las cicatrices ordinarias, una membrana que posea los elementos esenciales de la piel normal, y que conserve todos sus caractéres.

Mr. Ollier hace desempeñar al tejido conjuntivo del dermis el principal papel en los ingertos, que segun él deben llamarse *cutáneos ó dermo-epidérmicos*, sin embargo de que no ha podido estudiar las modificaciones tardías de estos ingertos, sino en colgajos que no comprendian mas que la epidermis y una capa superficial del dermis, como los aplicaba hace poco tiempo y como hoy los aplica Reverdin.

Parece, segun su trabajo, que los ingertos dermo-epidérmicos que recomienda son de una utilidad flagrante en los casos en que la antoplastía por deslizamiento no sea aplicable por la extension de la cicatriz ó la disposicion de las partes.

Los procedimientos que como medios antoplásticos recomienda, y las preparaciones que, dice, ántes deben hacerse al colgajo, sé que las estudia actualmente uno de mis condiscípulos para su tésis inaugural, por lo que me reservo ocuparme de este punto, así como por la inutilidad á mi objeto.

El Sr. D. Luis Muñoz ha ensayado los distintos procedimientos y ha llegado á establecer á su vez uno que, basado en la experiencia, considera como el que produce los resultados mas favorables. He aquí su método operatorio.

Colocada la úlcera en las mejores condiciones para recibir la influencia benéfica del ingerto, es decir, exenta de todas las complicaciones que pueden sobrevenir, comienza por avivar, raspando con

el bísturi, el punto en que ha de aplicar el ingerto: toma despues con la punta de una lanceta perfectamente cortante un fragmento de la piel de otra persona ó del enfermo, pero que comprenda toda la epidermis y muy superficialmente el dermis; lo lleva en seguida sobre la parte avivada por el bísturi colocándolo por su cara sangrante: así toma tres ó cuatro pequeños fragmentos de cuatro á cinco milímetros de extension, que cubre por medio de tela de salud y una cinta de tela emplástica. Toda la úlcera protegida por unas hilas con cerato y un vendaje moderadamente compresivo; recomienda no se toque por espacio de tres dias, al cabo de los cuales se ve si los ingertos se han adherido, en cuyo caso se repiten las curaciones de la misma manera que el primer dia, hasta llegar á convencerse de que comienza á proliferar.

Este es el método operatorio que le he visto emplear y que emplea desde hace poco tiempo, en que convencido de que los ingertos dermo-epidérmicos, si producen algunos resultados favorables, en la generalidad de los casos no sucede así. A esto añade algunas reflexiones que deben tomarse en consideracion. Dice, en efecto, que no es posible aplicar grandes colgajos como lo quiere Ollier, porque esto produciria una buena pérdida de sustancia, á que los enfermos con dificultad acceden, y sobre todo que al cirujano no le es permitido despojar de piel al paciente, sin la conviccion íntima de que esto ha de hacer desaparecer la úlcera que lleva. Por otra parte, las experiencias hechas por él, le indican que el ingerto formado de epidermis y de todo el espesor del dermis, casi siempre se pierde, aprovechándose solamente aquellos puntos en que está formado de epidermis y una parte superficial del dérmis, á consecuencia de la direccion oblícua que toma el colgajo al practicar la seccion. Ahora bien, si del colgajo de Ollier solo se ha de aprovechar la parte periférica que está formada de epidermis y una capa delgada del dermis, ¿á qué comprender en el corte todo el dérmis? ¿á qué hacer al enfermo sufrir dolores mas intensos, y sobre todo, con qué objeto despojarlo de tejidos que se van á perder? Razones son estas que convencen de que que en caso de indicacion del ingerto epidérmico, lo debemos aplicar como lo quiere Mr. Reverdin actualmente, como lo quiere Mr. Pollock, y como lo quiere el Sr. Muñoz.

¿Cómo se forma la cicatriz en estos casos? Esta es una cuestion que no está todavía estudiada suficientemente, aunque se ha emitido alguna teoría para explicar la formacion del nuevo tejido. Reverdin dice que las celdillas epidérmicas, colocadas en un terreno que favorezca su desarrollo, proliferan de un modo exagerado: ó en otros términos, que la desaparicion de la úlcera es debida á la proliferacion de las celdillas epidérmicas. Pero ántes de llegar á esta conclusion, veamos lo que pasa desde el momento en que cubrimos el ingerto por medio de la tela de salud. Desde el instante en que las dos superficies sangrantes se encuentran en contacto, se desarrolla una actividad celular semejante á la que se advierte en los labios de las heridas despues de afrontados, actividad bajo cuya influencia la sustancia intercelular se trasforma en una sustancia homogénea y gelatinosa, que desaparece en seguida á medida que las celdillas aumentan: esto hace que llegue un momento en que las dos superficies yuxtapuestas estén formadas de celdillas ligadas entre sí por débil cantidad de tejido intersticial, que á medida que adquiere mayor consistencia, adhiere mas el fragmento de piel á la superficie ulcerada.

¿Así adherido, cómo prolifera? Hagamos por un momento abstraccion de este punto para buscar en otro una explicacion hasta cierto punto satisfactoria: recordemos los fenómenos que se observan en la cicatrizacion de las heridas con pérdida de sustancia, que tienen en su parte central un fragmento de piel sana: por ejemplo, una quemadura por agente químico que ha destruido los tegumentos de un modo desigual. En estas condiciones, dice Billroth, una pequeña partícula del cuerpo papilar de la piel, cubierta de una capa, por delgada que sea, de celdillas de la redecilla mucosa de Malpighi, reproduce inmediatamente la epidermis: en estos puntos se separa la capa córnea de la epidermis de su capa mucosa por el desarrollo rápido de un exudato, y las láminas epidérmicas de la primera capa se reproducen inmediatamente á expensas de las celdillas de la segunda. Cuando no existe este fragmento de piel, no pueden formarse islotes de cicatriz en la parte central y la formacion de ellos se hace de la periferia al centro.

Esto, creo que es perfectamente aplicable al caso que nos ocupa, porque es indudable que los fenómenos de cicatriz son perfectamen-

te semejantes en el caso de quemadura y en el de una úlcera: en uno como en otro existe un fragmento de piel formada de epidermis y una capa delgada del dermis; en uno como en otro caso la cicatriz se forma por la irradiacion de los islotes centrales á la periferia; luego podemos concluir que, de la misma manera que en el caso de quemadura con conservacion de un pedazo de piel, en el caso de una úlcera con un ingerto, la cicatriz es formada por la proliferacion de las celdillas de la capa mucosa de Malpighi y su trasformacion ulterior en celdillas de la capa córnea. Esta teoría me parece viene á ser confirmada por las experiencias practicadas hasta hoy, que demuestran palpablemente que, para que el ingerto tenga éxito, es necesario formarlo de la capa mucosa de Malpighi y del cuerpo papilar del dermis; que sin estas condiciones, no produce resultado alguno y hace sufrir en vano al paciente.

Es cierto que en las quemaduras, cuando no existe el fragmento de piel, la cicatriz se forma de la periferia al centro y que en las úlceras sin el ingerto raras veces desaparecen: pero es necesario no olvidar que si la semejanza puede existir en el primer caso que he presentado, no existe en este, porque en la quemadura sobreviene una inflamacion traumática aguda sobre los bordes de la solucion de continuidad, cuya inflamacion aumentando la vitalidad, favorece la proliferacion de las celdillas; en tanto que en caso de úlceras hay una inflamacion crónica, que destruyendo la vitalidad impide que las celdillas proliferen.

Repito, esto no pasa de ser una teoría, quizá fundada; pero que para aceptarse como la explicacion real de los fenómenos que se observan es necesario ocurrir al miscrocopio y por él reconocer, en el tejido de nueva formacion, los elementos de la piel. Hasta hoy solo tengo noticias de la observacion que practicó por este medio el Sr. D. M. Dominguez, y que viene á confirmar lo ántes dicho: mas en asunto de tal naturaleza no basta un solo hecho para consignarlo en las páginas de la ciencia como una verdad auténtica. Esperemos, que aun no se ha dicho la última palabra.

Este es, señores, el trabajo que me atrevo á presentar al Jurado de calificacion. Léjos, muy léjos estoy de creer que sea completo; pero afortunadamente esta clase de tareas son juzgadas por personas inteligentes, que comprendiendo la dificultad que tiene el estudiante en hacer algo bueno, le prodigan la indulgencia que caracteriza al verdadero sabio.

José G. Buiza.

